

(559) 661-5454
(559) 675-7067 Fax

Ciudad de Madera –Servicios Municipal
205 West 4th Street
Madera, CA 93637

Date: _____

YO ESTOY DE ACUERDO CON PAGAR TODOS LOS CARGOS DE SERVICIOS MENSUALMENTE Y DE SEGUIR LOS REGLAMENTOS DE LA CIUDAD DE MADERA REFERENTE A LOS SERVICIOS.

YO COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE CONTINUARE DE SER RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS MENSUALMENTE HASTA QUE YO NOTIFIQUE POR ESCRITO AL DEPARTAMENTO DE FINANZAS DE LA CIUDAD DE MADERA QUE SE CANCELEN LOS SERVICIOS Y QUE TODOS LOS CARGOS SERAN PAGADOS POR COMPLETO. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SOLAMENTE ESAS PERSONAS QUE HAN FIRMADO COMO CLIENTES O COSIGNATARIO PUEDEN PEDIR O HACER INFORMES SOBRE LA CUENTA.

POLIZA DE CUENTAS DELINCUENTES: SI SU CUENTA SE RETRASA MAS DE 30 DIAS, TENDRA QUE PAGAR UNA MULTA DESPUES DEL DIA CINCO DEL PROXIMO MES Y SU SERVICIO SER INTERRUMPIDO. SI SE INTERRUMPE SU SERVICIO, TENDRA QUE PAGAR UNA MULTA PARA REESTABLECER SU SERVICIO. LA CANTIDAD DE SU CUENTA DE 60 DIAS O MAS RETRASADA PUEDE SER MULTADA UNA SUMA ADICIONAL DE LA MULTA NORMAL. PARA INFORMACION ADICIONAL, POR FAVOR PIDA UNA COPIA DE LA POLIZA DE SERVICIOS.

FINANCE USE ONLY: RENTER OCCUPIED OWNER OCCUPIED VACANT PROPERTY

CLIENTE – POR FAVOR DE LLENAR

Finance Dept Use:

NOMBRE (1): _____ NUMERO DECUENTA: _____

NOMBRE (2): _____

DIRECCION DE SERVICIO: _____

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: _____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO: _____

DIRECCION DE SERVICIO ANTERIOR: _____

NEGOCIO O EMPLEO-NOMBRE, DIRECCION, CIUDAD: _____

TELFONO/CASA: _____ TELEFONO/EMPLEO (1): _____ TELEFONO/EMPLEO (2): _____

LICENCIA DE MANEJAR (1): _____ LICENCIA DE MANEJAR (2): _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL (1): _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL (2): _____
(Voluntario) (Voluntario)

NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DEL PROPIETARIO: _____

FIRMA DEL CLIENTE (1): _____ FIRMA DEL CLIENTE (2): _____

PARA USO DEL DEPARTAMENTO:

EMPLEADO: _____ **SERVICIO DE BASURA:** **LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES**

INFORMACION: **SERVICIO EFECTIVO** _____ **Tamano Del Lote** _____ **Terreno Frontero** _____ **Recipiente:** _____

CARGOS MENSUAL

AJUSTES

CARGOS AL CORRIENTE

AGUA \$ _____

\$ _____

\$ _____ **TOTAL DE CARGOS MENSUALES**

ALCANTARILLA \$ _____

\$ _____

\$ _____ **CARGO – PROCESO DE APLICACION**

BASURA \$ _____

\$ _____

\$ _____ **DEPOSITO - REQUERIDO**

DRENAJE \$ _____

\$ _____

\$ _____ **CARGOS – CONTENEDORES DE BASURA**

BARRER CALLE \$ _____

\$ _____

\$ _____ **CANCELACION DE AGUA/MULTAS**

TOTAL \$ _____

\$ _____

\$ _____ **TOTAL CANTIDAD DEBIDO**

NOTIFICACION DE TERCERA PERSONA: PARA CLIENTES DE 60 ANOS O MAYOR, O ADULTOS DEPENDIENTES

Nombre: _____ **Telefono:** _____ **Parentesco:** _____ **Direccion:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

